


Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Lariana	Presidio Ospedaliero Unità Operativa
---	---

SCHEDA DI DIMISSIONE PROTETTA ADI

Al MAP

Al Medico UVM dell'Area Territoriale di

DATI DEL PAZIENTE

Cognome	Nome
Data di nascita	
Residenza	Tel.....
Domicilio (se diverso dalla residenza).....	
C.F.....	

Motivo del ricovero dal	
Ricoveri ripetuti negli ultimi tre mesi	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

Invalidità	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> più accompagnamento <input type="checkbox"/> in corso <input type="checkbox"/> da inoltrare
------------	---

Diagnosi di dimissione e comorbidità	
--------------------------------------	--

Data presunta di dimissione

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

STATO DI COSCIENZA	<input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> parzialmente disorientato <input type="checkbox"/> molto disorientato <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma (allegare scala di Glasgow)
FUNZIONI PSICHICHE /COMPORTAMENTALI	<input type="checkbox"/> normali <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> demenza o ritardo mentale <input type="checkbox"/> psicosi e stati deliranti
Comunicazione	<input type="checkbox"/> mantenuta <input type="checkbox"/> compromessa
AUTONOMIA	<input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> non autonomo <input type="checkbox"/> allettato
PRESENZA ACCESSO VENOSO	CENTRALE <input type="checkbox"/> tipo e gestione PERIFERICO <input type="checkbox"/>
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> pompa infusiva <input type="checkbox"/> sondino naso gastrico <input type="checkbox"/> PEG data posizionamento <input type="checkbox"/> altro
	<input type="checkbox"/> richiesta attivazione nutrizione artificiale in data

MINZIONE	<input type="checkbox"/> continente <input type="checkbox"/> incontinente <input type="checkbox"/> guaina esterna <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> catetere vescicale (tipo) calibro data ultimo posizionamento
Nefro/urostomia	<input type="checkbox"/> (tipo)
ALVO	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> stipsi <input type="checkbox"/> stomia (tipo).....
RESPIRAZIONE	<input type="checkbox"/> autonoma <input type="checkbox"/> ventilazione assistita meccanica invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva <input type="checkbox"/> ossigenoterapia lt/min. <input type="checkbox"/> tracheostomia (modello cannula).....
	<input type="checkbox"/> richiesta inoltrata in data
LESIONI DA DECUBITO	sede grado
ALTRE LESIONI	

☐ PAZIENTE ONCOLOGICO / ☐ PAZIENTE NON ONCOLOGICO

ANAMNESI ALGOLOGICA NRS numerical rating scale 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	TERAPIA DEL DOLORE IN CORSO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> visita allegata <input type="checkbox"/> terapia
--	--

BISOGNI RILEVATI

MEDICI	
INFERMIERISTICI	
RIABILITATIVI	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si (allegare referto visita fisiatrica - PRI)
ASSISTENZIALI	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si

TERAPIA IN ATTO

FARMACI	
---------	--

AUSILI – PROTESI GIA' PRESCRITTI

<input type="checkbox"/> letto <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/> comoda <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> traverse <input type="checkbox"/> cateteri vescicali <input type="checkbox"/> presidi per medicazioni <input type="checkbox"/> ausili per deambulazione <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> pratica fornitura inoltrata in data

SITUAZIONE ABITATIVA/ FAMILIARE

VIVE	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> con coniuge <input type="checkbox"/> figli <input type="checkbox"/> altro
SUPPORTO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

BISOGNI SOCIO-ASSISTENZIALI

--

Cognome e Nome dirigente medico referente caso	
Cognome e Nome coordinatore infermieristico referente caso	
Cognome e Nome assistente sociale referente caso	

Familiare di riferimento informato dell'avvio della procedura (copia del consenso sottoscritto)	Sig/a
	Tel
	Informato in data

Data compilazione

Riservato al MMG	
Pervenuta il	

Riservato all'Area Territoriale	
Pervenuta il	Timbro e sigla del ricevente